



File No: .....

Date: 17/1/19

Date: 9/7/19

File Number: 1002478

Patient Name: Babita Shahri

اسم المريض

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 17/4/71 Gender (الجنس): M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية)

Nationality (الجنسية): Singapore Occupation (الوظيفة): Housewife / Part time teacher

Address (العنوان): Eleganza Apts - DXB

Phone No. (رقم الهاتف): 0506577320

E-MAIL: kiran-77@hotmail.com

How did you know about us: Instagram

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details اذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي دوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟	No	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	No	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes	Paradol / Paracetamol
Surgical Operations, Serious Illness هل اجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟	No	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	No	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟	No	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	No	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض اخرى	No	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض بولية أو تناسلية؟	No	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين اي مانع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية؟	No	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	No	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية أخرى؟	No	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	No	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض الغدة الدرقية؟	No	
Other conditions من أي امراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الأبتز، فيروس الحلا البسيط	No	



### Medical Consent Form

- I hereby consent and authorize the doctor to treat my medical condition which has been explained to me by the qualified physician
- I understand that in order to provide me with the most efficient and enhanced service, diagnostic and other procedures may be deemed necessary.
- I understand that my treating doctor may discover other or different conditions, which may require additional or different procedures than those planned.
- I authorize my treating doctor to perform any procedures which are advisable in their professional judgment.
- I understand that no warranty or guarantee has been made to me as a result or cure just as there may be risks and hazards in continuing my present condition without treatment.
- I understand that there are also risks and hazards to the performance of the diagnostic and/or surgical procedures.
- I realize that common surgical or diagnostic procedures are potential for an infection, swelling, bleeding, pain or allergic reaction.
- I understand that there are minimal fees to be paid per service and that all fees must be paid in full before the completion of treatment.
- I consent that all medical history and information I provided in my medical file is true and I understand that any information I provide regarding my medical status will be kept confidential and anonymous.
- I believe that I have sufficient information to give this consent. I certify that this form has been fully explained to me and that I have read it and I understand its' content and I sign it with all my will.

I am fully aware that any payments is NON refundable

Patient's Signature/ Guardians (In case of minors):

Date: 9.7.19

### نموذج اقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل ترويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتتاج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون ممسحة بالخصوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية
- أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لى قضي الملف صحية و تفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الاقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل ارادتي

انا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للاسترداد

توقيع المريض / ولي الأمر (من هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... / .....

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (فصيلة الدم):	
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (ضغط الدم):	/	Blood Sugar (سكر الدم):	

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، ادخال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No: .....

Date: / /

**Treatment Plan** خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....







precisely Kindly Answer the following questions

ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟

Always Burned , little tanned  
 Always Burned, Never Tanned  
 Little Burned, Always Tanned  
 Rarely Burned, Always Tanned

هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدر؟ نعم / لا

هل ظهر لديك حلا البسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا

هل تناولت عقار الكويتان/ الإيسوتريتينون خلال الست اشهر الماضية؟ نعم / لا

هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهاليدوكريونين في منطقة العلاج؟ نعم / لا

هل قمت بتق أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطة العلاج خلال ال ٦ أسابيع الماضية؟ نعم / لا

هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا

هل لديك اي وشوم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا

هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا

ماهي المنتجات التي تستخدمها بشرتك حاليا؟ .....

هل اجرت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا

للسيبات فقط : هل انت حامل؟ نعم / لا

هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا

I, Babata Anil shah, hereby consent that I came to Orchid Medical Center/ Sharjah to remove unwanted hair by laser. I understand that laser produces a beam of light that generates an energy of a certain wavelength which is absorbed in the pigments of hair follicles to impair its' ability to grow hair. I understand that the results of the treatment varies from one person to another by the variation of medical history and the skin type, hair type, patient's commitment to precautions before and after sessions and the variation of individual responses to treatment. and I consent that I know all the alternative hair removal methods and I choose removing my unwanted hair by laser.

I consent that I got the following precautions:  
 - It's not allowed to get tanned or use tanning solutions for 4-6 weeks before and after treatment.  
 - Waxing and Plucking must be avoided at least 6 weeks prior to sessions.  
 - Tattoos and permanent make up on treatment site will be affected by laser.  
 - Full Medical History must be given including previous treatments, allergies and skin type.  
 - people who took akutan during the last 6 months or any drugs that inhibits patients from sun exposure can not remove their hair by laser.

I understand that i might see some change from first session, nevertheless the treatment will take many sessions to get the result.  
 Side Effect  
 side effects may include burning like redness, and it's possible to see some swelling or cracks, these side effects will fade away few hours to few days after treatment. hypo/hyperpigmentation is not common and it rarely last, it's advisable to avoid sun exposure, and to use sun protections.  
 I consent that I had the chance to enquire and ask any questions I have to the therapist and I have read and understood the content of this form (or it was read to me) and I am more than 18 years old or I have the approval of my sponsor.

Name and Signature

Date  
 9/7/19

أقر أنا .....  
 مركز أوركيد الطبي/ العارقة لإزالة الشعر غير المرغوب فيه في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتوفر.

وأتعهد أن أشعة الليزر تنتج طبقا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصليات الشعر. تعطّل قدرتها على إتمام الشعر. وأتعهد أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر والتزام المريض بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات واختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. وإني على علم كامل بكافة الطرق الباردة لإزالة الشعر كالتفك والتفك والكريمات وإزالة الشعر بالشمع والكوي وإني اختبرت إزالة الشعر بالليزر.

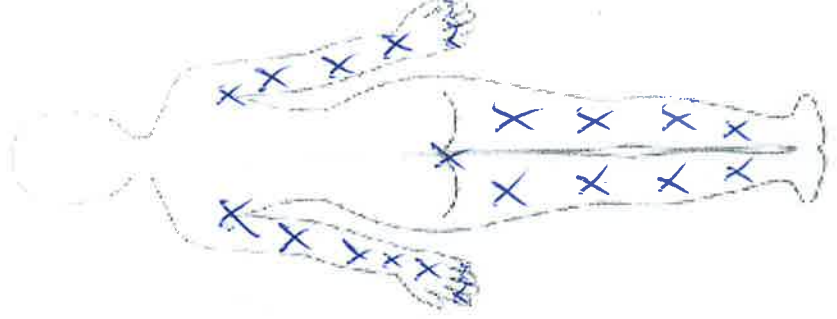
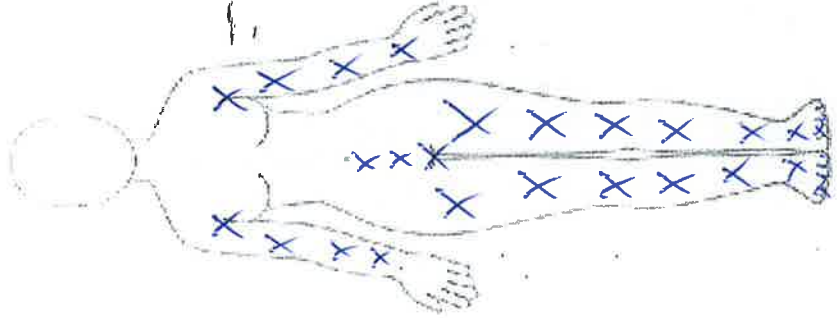
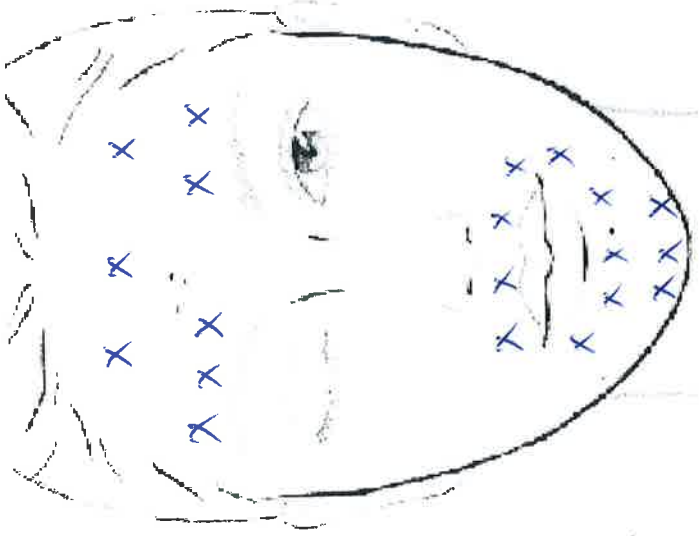
أقر بأنني قد تقيت التعليمات التالية:  
 - لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة ٤-٦ أسابيع قبل وبعد العلاج.  
 - يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفتق قبل العلاج ب ٦ أسابيع على الأقل.  
 - الرشوم والتاتو والمكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.  
 - يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملا ويشمل ذلك العلاجات والحساسيات ونوع البشرة  
 - الأشخاص الذين تناولوا عقار الكويتان خلال الست اشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

أتعهد أنه برغم التغيير الذي قد الحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.  
 الأعراض الجانبية  
 قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق، ومن الممكن حدوث بعض التورم والتشققات. وهذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الى عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع ولا تحدث في حال حدوثها. وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس واستخدام المستحضرات الواقية من الشمس.  
 أقر أنه قد أتيتك لي الفرصة لاستفسار وتوضيح الأسئلة الى المعالج المختص وأني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الإقرار أو قد تمت قرأته لي. وأني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

الإسم والتوقيع  
 .....

التاريخ  
 ..... / ..... / .....

Patient's Name: Babita ..... اسم المريض: .....  
 File Number: ..... رقم الملف: .....  
 Pain Relief given? Yes / No ..... Evaluation and consent form completed? Yes / No .....  
 Pretreatment photography taken? Yes / No .....



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	09/07/19	05/08/19	08/09/19	09/10/19	25/11/19	23/02/20
Treatment Area	Full Body	Same	Same	Same	Same	Same
Hair Type	Medium Dark	Medium	Medium	Med/Soft	Med/Soft	Med/Soft
Mode	DPI/FDP	DPI/FDP	DPI/FDP	DPI/FDP	DPI/FDP	Med/Soft
Fluence	18J/SHORT	18J/SHORT	20J/SHORT	22J/SHORT	22J/SHORT	Hands, face, 1/2 legs
Pulse Type	6-7/SHORT	6-7/SHORT	6-7/SHORT	6-7/SHORT	6-7/SHORT	UA - Alex
CNT Pulse	2	2	2	2	2	87/10.5
Passes	2:30pm	2:30pm	3:30pm	6-7/SHORT	6-7/SHORT	Low legs + Bikini
Starting Time	4pm	3:45pm	5pm	3:20pm		Back - legs - NDVA6
Finish Time						15J/6ms - 17ms
Post Treatment						16J/6ms

UA+Bikini  
 half legs  
 only

Therapist Name and Signature .....

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO\*

Confirm Data

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

**Public Data Verification report****File** **Valid Signature?**

Non-Modifiable Data (SF3)	False
Modifiable Data (SF5)	False
Holder Signature Image (SF7)	False
Photography	False
Home Address	False
Work Address	False

**Card Holder Information**

Name	Babita,,,Hiranad Kamant	IDN:	784197148424878	Mother Name:	
Name (Ar)	بابيتا,,,هيراناد كامانتى	Card Number:	082637012	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SGP	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	سنغافورة		
Issue Date:	22/03/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	18/03/2020	Date of Birth:	17/04/1971	Sponsor Name:	انيل شهري مير شومل شهري
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	10755465
Residency Type:	03	Residency Number:	20119963003737	Residency Expiry:	18/03/2020
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

<http://orchidsvr/EMID/default.aspx>

7/9/2019





مركز أوركيديد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 4,095.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004354)

Date:09-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002478 - BABITA KARNANT - 971506577320

The sum of Dhs. **Four Thousand Ninety-Five Dirhams and Zero Fils Only**By Cash 0.00 / By Credit Card **4,095.00** / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 09-07-2019

Being **1 YEAR PKG 12 SESSION FULL BODY WITHOUT FRONT AND BACK VIKINI + VAT**Made by **Rana**

- 1.Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
- 2.Treatment includes lab cost is non-refundable.
- 3.After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by : 1002478 - BABITA KARNANT - 971506577320

Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)